Das Rhinophyma und seine chirurgische Behandlung.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Leipzig

vorgelegt von

Harry Liebmann,
prakt. Arzt
in Bärenwalde (Sachsen.)

Leipzig.
Druck von Bruno Georgi.
1906.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 30. Juli 1906.

Referent: Herr Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Trendelenburg.

Auf Grund der bisher erschienenen Literatur und an der Hand von zwei von Herrn Medizinalrat Professor Dr. Braun, Direktor des Königlichen Kreiskrankenstifts in Zwickau, operierten Fällen will ich über das Rhinophyma und seine chirurgische Behandlung berichten.

Das Rhinophyma, die Pfund- oder Knollennase, auch Elephantiasis der Nase und Acne hypertrophica der Nase benannt, stellt eine ziemlich seltene Erkrankung der Nasenhaut dar. Die meisten Autoren — und zu ihnen gehören eine ganze Reihe solche, die auf eine reiche operative Tätigkeit zurückblicken können, — vermögen nur einzelne Fälle aus ihrer Praxis mitzuteilen. Zweckmässiger Weise schlägt von Bruns[1]) vor, sich allgemein für das Krankheitsbild eines Namens zu bedienen, der nur das feststehende klinische Bild kennzeichnet, der hingegen auf die noch strittige Entstehungsweise der Erkrankung keinen Bezug nimmt. Der diesen Anforderungen entsprechende Name Rhinophyma ist, wie Dohi[2]) berichtet, zuerst von F. v. Hebra gebraucht worden, und er ist auch in letzter Zeit ziemlich allgemein in Anwendung gekommen. Der

[1]) von Bruns. Beiträge zur klinischen Chirurgie. Heft 1, Seite 1 im 39. Band.

[2]) Dohi. Ein Beitrag zur Kenntnis des Rhinophyma. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1896. Band 37; Seite 361.

hauptsächlich von französischen Autoren so von Dubreuilh[3]), Romme[4]), Pantaloni[5]), Baudon[6]), Péraire et Pilliet[7]) vielfach gebrauchte Ausdruck Acne hypertrophica ist besser zu vermeiden. Bezüglich der Beschreibung des ausgesprochenen Krankheitsbildes ist bei fast allen Autoren eine grosse Uebereinstimmung zu finden; auch die zahlreich beigegebenen Abbildungen lassen eine immer wiederkehrende Aehnlichkeit erkennen, wie verschiedenartig auch im Grunde genommen die Nasenformen sind. Es handelt sich eben in jedem Falle um eine sofort in die Augen springende starke Entstellung des ganzen Gesichtes; diese Entstellung ist es auch, welche den Patienten zum Arzt führt, da im Uebrigen das Leiden ohne wesentliche Beschwerden zu verlaufen pflegt. Deshalb kommt auch dem Arzt trotz der meist sehr langsamen Entwicklung der Erkrankung diese selten während ihres Entstehens, sondern erst bei hochgradiger Entwicklung zu Gesicht. Es handelt sich meist um eine vor allem an der Nasenspitze und den Nasenflügeln stark ausgebildete Hypertrophie der Nasenhaut; und zwar handelt es sich selten um eine gleichmässige Hypertrophie, die an der Nasenspitze am stärksten ist und nach den Nasenflügeln und der Nasenwurzel zu allmählich abnimmt, wie sie

---

[3]) Dubreuilh. L'acné hypertrophique du nez et son traitement chirurgical. Annal. de Dermatologie et de Syphilis. 1904. Heft 4. Referat: Centralblatt für Chirurgie 1904; Seite 511.

[4]) Romme. Traitement chirurgical de l'acné hypertrophique du nez. La presse medicale 1901. Nr. 8. Referat: Hildebrand's Jahresberichte über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie 1901; Seite 394.

[5]) Pantaloni. Trois cas de restauration du nez dans l'acné hypertrophique. Archiv. provinc. 1901. Nr. 4. Referat: wie vorher.

[6]) Baudon. Deux cas de restauration du nez pour l'acné hypertrophique. Archiv. provinc. 1901. Nr. 12. Referat: wie vorher.

[7]) Péraire et Pilliet. L'acné hypertrophique du nez formant une enorme tumeur. Bull. de la soc. anatom. de Paris 1898. No. 9. Referat: Hildebrand's Jahresberichte 1898; Seite 340.

Pottgiesser[8]) bei seinem zweiten Fall als Rüsselform beschreibt, sondern in den weitaus meisten Fällen um eine mehr unregelmässige Wucherung, um die Bildung mehr oder minder grosser, meist lappiger Knollen und Auswüchse. Diese sind selten deutlich gestielt, sondern sitzen meist breitbasig auf der Nasenspitze und den Nasenflügeln auf, von wo sie nach seitwärts hervorragen oder nach unten herabhängen und in einzelnen Fällen über die Oberlippe hinweg bis herab zum Kinn reichen, so dass sie beim Essen und Trinken mit der einen Hand zur Seite geschoben werden müssen. Einen Fall, in dem die Tumoren eine so enorme Grösse erreichten, beschreibt Wende[9]). Häufig wird eine drei- oder vierteilige Geschwulstbildung beschrieben, oft aber zeigen auch nur tiefe Furchen in der unförmlich verdickten Nase an, dass es sich nicht um eine gleichmässige Wucherung der Nasenhaut, sondern um Bildung mehrerer Tumoren handelt. Die Farbe der erkrankten Partien wird häufig als dunkelrot, blaurot, violettrot bezeichnet, doch kann sie auch normal sein; auch eine schiefergraue Färbung wird erwähnt; dabei wird die Oberfläche meist als glatt und glänzend bezeichnet. In allen Beschreibungen werden die auffällig erweiterten Talgdrüsenausführungsgänge hervorgehoben, die auf der Oberfläche als zahlreiche weite Poren sichtbar sind, und die auf Druck dicke Talgpfröpfe entleeren. Ausserdem sind bei den meisten Fällen auf der Oberfläche der Wucherung geschlängelte, erweiterte Gefässe deutlich sichtbar. Die Konsistenz wird als weich, teigig, elastisch, selten als derb bezeichnet; Dubreuilh (3) nennt sie weich bei zarter

---

[8]) Pottgiesser. Acht Fälle von Rhinophyma. Inaugural-Dissertation Würzburg. 1899.

[9]) Wende. A case of rhinophyme. Buffalo Medical Journal, August 1895. Referat: Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1896; Seite 293.

Berührung, zähe bei festem Druck und gibt an, dass die Geschwulst bei Körperbewegungen zittert wie eine Gallerte. Zuweilen greift die wulstige Verdickung auch auf die Haut der Nachbarschaft, auf Wangen und Stirn, über. Solche Fälle beschreiben Rusch[10]) und Weinlechner[11]). Sehr häufig wird erwähnt, dass auch die Haut der Umgebung reichliche Akneknoten und Comedonen aufweist. Ausser der bereits erwähnten Störung, welche tief herabhängende Geschwülste bei der Nahrungsaufnahme verursachen können, erwähnen noch als durch das Rhinophyma bedingte Beschwerden Ohmann-Dumesnil[12]) und Dubreuilh[13]) die Behinderung der Atmung durch die Nase infolge von Kompression der Nasenlöcher durch die Tumoren; letzterer sah sogar Sehstörung durch die seitlich hervorragenden Geschwulstknoten. Wenn man von den in wenigen Fällen erwähnten Beschwerden bei der Nahrungsaufnahme, beim Atmen und beim Sehen absieht, so ist das Rhinophyma ein durchaus gutartiges Leiden, und es treibt nur die allerdings oft ganz groteske Entstellung zu einem therapeutischen Eingriff. Diese Entstellung wirkt infolge der ständigen Beobachtung, die der Patient auf der Strasse auf sich lenkt, und infolge des Wachrufens der Spottlust der Kinder oft in überaus deprimierender Weise auf die Psyche des Patienten ein. Ein einziger Fall ist als malignes Rhinophyma beschrieben worden, und zwar von Krieger[13]); dieser verdient aber, wie Solger[14]) mit Recht festgestellt hat, sicher

---

[10]) Rusch. Zur operativen Behandlung des Rhinophyma. Wiener klinische Wochenschrift 1902, Nr. 13.

[11]) Weinlechner. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung vom 15. 2. 1901. Referat: Wiener klinische Wochenschrift 1901, Seite 195.

[12]) Ohmann-Dumesnil. Referat: Monatshefte für praktische Dermatologie 1892. Band 14, Seite 118.

[13]) Krieger Beiträge zur Kenntnis des Rhinophyma. Dermatologische Zeitschrift 1898, Nr. 5.

[14]) Solger. Ueber Rhinophyma. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1901. Band 57, Heft 2.

nicht die Bezeichnung Rhinophyma. In diesem Falle handelt es sich offenbar um eine Carcinommetastase, wofür einmal der gleiche histologische Befund wie bei den gleichzeitig vorhandenen carcinomatösen Tumoren im Oesophagus und in der Leber spricht, dann auch die kurze Zeit der Entwicklung des Tumors innerhalb einiger Wochen. Das Rhinophyma ist eine Erkrankung, welche fast nur bei Männern in höheren Lebensaltern vorkommt; jedoch berichtet Lassar[15]), dass er auch eine Frau mit dem Leiden sah, und Strominger und Pisani[16]) beschreiben die Operation einer 30jährigen Patientin wegen Rhinophyma. Auch erwähnt Trendelenburg[17]) einen Fall von Pollock, wo es sich um eine 73jährige Frau handelte, bei der sich die Nase in einem Zeitraum von 17 Jahren in eine grosse, birnförmige, etwas gelappte Geschwulst verwandelt hatte, und einen Fall von Syme, wo es sich um ein 18jähriges Mädchen handelte. Die Entwicklung des Leidens ist eine überaus langsame; meist liegen 5—20 Jahre seit dem Beginn der Erkrankung zurück.

In ätiologischer Hinsicht wird vor allem der Alkoholmissbrauch als veranlassendes Moment beschuldigt. Ollier nennt, wie v. Bruns[1]) berichtet, das Leiden sogar „Eléphantiasis des buveurs". Sicher ist man in dieser Hinsicht zu weit gegangen. Wenn auch eine grosse Anzahl der beschriebenen Rhinophymafälle auf Potatoren entfällt, so ist doch auch zweifellos sicher gestellt, dass bei einer ganzen Reihe von Fällen der Alkohol ätiologisch nie in Betracht kommen kann. So hatte v. Bruns[1]) unter 11 Patienten mit Rhinophyma nur zwei Alkoholiker und Trendelenburg[17]) operierte einen durchaus nüchternen Herrn.

---

[15]) Lassar. Kleine Mitteilungen. 1. Ueber Rhinophyma. Dermatologische Zeitschrift 1896, Seite 485.

[16]) Strominger und Pisani. Einem Referat entnommen, dessen Fundort dem Verfasser nicht mehr bekannt ist.

[17]) Trendelenburg. Deutsche Chirurgie. Lieferung 33, Seite 77.

Ferner werden chronische Magen-Darmkatarrhe, die allerdings häufig auch erst die Folge von Alkoholismus sind, als Ursachen für die Entstehung des Rhinophyma herangezogen. So will Bogrow[18]) dem Alkohol nur insofern ätiologische Bedeutung beimessen, als er die Ursache von chronischem Magen-Darmkatarrh als dem eigentlichen veranlassenden Moment sein kann. Ferner sollen vor allem zu der Erkrankung neigen Leute von bestimmten Berufsarten, die viel den Witterungseinflüssen, Wind und Wetter ausgesetzt sind: Kutscher, Dienstmänner, Höckerinnen, Bahnbeamte, Seeleute, auch wieder zum Teil Leute, bei denen Alkoholmissbrauch nicht selten ist. Nach Rille[19]) können ausserdem auch übertriebene Kaltwasserkuren bei schwächlichen Personen die Ursache für Acne rosacea und das von ihm als drittes Stadium dieser Erkrankung angesehene Rhinophyma geben. Jedenfalls ist ein ätiologisches Moment, welches in allen Fällen herangezogen werden könnte, nicht bekannt; es gibt Fälle, wo eine Veranlassung für die Entstehung des Leidens nicht zu finden ist. Lassar[15]) nimmt eine erbliche Disposition an, welche er bei Leuten mit sogenannten weiten Poren zu finden meint. Auch Lesser[20]) schreibt der Vererbung eine ätiologische Rolle zu; Trendelenburg[17]) nimmt für bestimmte Fälle eine kongenitale Anlage an.

In bezug auf die Diagnose des Rhinophyma dürften sich selten Zweifel ergeben. Rille[19]), Kaposi[21]), und Lesser[20]) erwähnen die differentialdiagnostisch eventuell in Betracht kommenden Krankheiten. Lues und Lupus konnten bei be-

[18]) Bogrow, Das Rhinophyma und seine Behandlung. Berl. klin. Wochenschrift 1904, Nr. 32.

[19]) Rille, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1. Abteilung, Seite 108.

[20]) Lesser, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 11. Auflage, Seite 179.

[21]) Kaposi, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten 1893. 4. Auflage, Seite 538.

ginnendem Rhinophyma in Betracht kommen; beide geben mit Ulceration und Narbenbildung einher, was bei Rhinophyma nicht vorkommt. Ausserdem käme noch Rhinosklerom in Frage; doch ist das Leiden so typisch, dass es kaum zu Verwechselung Anlass geben kann. Auch ein Carcinom wird sich seiner ganzen Entwickelung und Beschaffenheit nach leicht von Rhinophyma unterscheiden lassen.

Ueber den histologischen Befund sind sich im grossen und ganzen alle Autoren einig. Nach Pottgiesser[8]) und Dohi[2]) hat ihn G. Simon[22]) zuerst beschrieben, was jedoch nicht der Fall ist; denn Simon erwähnt selbst Rokitansky als Autor, der schon vorher darüber berichtet hat; mit diesem bezeichnet er die Erkrankung als „wuchernde Nase" — genau die Uebersetzung des nachher auftretenden Ausdrucks Rhinophyma — oder als „fleischige Exkrescenzen der Nase". Es handelt sich vor allem um eine bindegewebige Hypertrophie mit Proliferation der durch Talgretention cystisch erweiterten Talgdrüsen und Erweiterung der Blutgefässe. Bald tritt mehr die Hypertrophie des Bindegewebes, bald mehr die der Talgdrüsen in den Vordergrund. Nach Unna[23]) entstehen die grotesken Formen, wenn beides vereint der Fall ist. Genauere histologische Beschreibung gibt Solger[14]), der nachweist, dass wohl eine Hypertrophie und Hyperplasie des Drüsengewebes mit sekundärer und tertiärer Lappenbildung vorhanden ist, aber keine atypische Drüsenwucherung, die vom Bau des Muttergewebes verschieden ist, und dass die neu gebildeten Drüsenläppchen ganz und gar von typischen Talgdrüsenzellen angefüllt sind; auch beweist die Talganhäufung in den erweiterten Drüsen, dass die Funktion derselben nicht gestört ist. Zu dem-

---

[22]) Simon, Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert. Band 3. 2. Auflage, Seite 603.

[23]) Unna, Histopathologie der Hautkrankheiten 1894, Seite 237.

selben Resultat kommt Dohi[2]), welcher aber auch stellenweise eine fast reine Bindegewebswucherung findet. Auch Pottgiesser[8]) findet histologisch eine aktive Hyperplasie der Drüsenläppchen durch aktive Gewebsproliferation. Er findet das Epithel in mehreren Schichten übereinander geordnet und hebt hervor, dass sich auch Kernteilungsfiguren vorfanden. Nach Kaposi[21]) ist nicht nur eine Erweiterung, sondern auch Neubildung von Blutgefässen vorhanden, was Dohi[2]) nicht bestätigen kann. Nach Trendelenburg[17]) ist auch das Perichondrium stark verdickt und die Nasenknorpel selbst sind nach allen Richtungen hin hypertrophiert, dicker, breiter und länger als früher. Auch Brian fand, wie Lexer[24]) erwähnt, Chondrom der Nasenknorpel neben den Veränderungen der Haut. Nach Rusch[10]) hat auch Syme's schon erwähnter Fall alle, nicht nur die häutigen Teile der Nase, auch den Knorpel betroffen, während Dubreuilh[3]) berichtet, dass Knochen und Knorpel keine Veränderung erleiden.

Während bis auf diesen letzten Punkt in histologischer Hinsicht eine fast völlige Uebereinstimmung der Autoren besteht, stehen sich diese in ihrer Ansicht über die eigentliche Natur des Leidens zum Teil direkt gegenüber. Ein grosser Teil der Autoren, so Hebra[25]), Lexer[24]), Rille[19]), Kaposi[21]), Rusch[10]) halten das Rhinophyma für eine hochgradig entwickelte Acne rosacea, für ein drittes Stadium dieser Hauterkrankung; auch Dubreuilh[3]) führt das Leiden auf pustulöse Acne zurück, während andere Autoren einen Zusammenhang zwischen Rhinophyma und Acne rosacea entweder gar nicht oder nur in einzelnen Fällen anerkennen wollen. Lassar[16]) nimmt einen unbekannten Reiz an, der in den äusseren Partien

---

[24]) v. Bergmann, Handbuch der praktischen Chirurgie, Seite 529.

[25]) Virchow, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie 1860, Seite 540.

der Talgdrüsen wirken muss und zunächst Hypersekretion mit cystischer Erweiterung, dann Poliferation des Drüsengewebes verursacht; hieran schliesst sich Hypertrophie des umgebenden Bindegewebes. Dass der Reiz ein äusserer sein muss und speziell in den äusseren Teilen der Talgdrüsen seine Wirkung entfaltet, schliesst Lassar aus dem Umstand, dass nach der Operationsmethode der Dekortikation Recidive nicht beobachtet wurden, trotzdem bei dieser Operation nicht die ganze Haut entfernt wird, sondern die tieferen Drüsenteile erhalten bleiben. Er nennt das Rhinophyma ein Cysto-Adeno-Fibrom, Péraire et Pilliet[7]) bezeichnen es als Adenom. Solger[14]) will speciell den Ausdruck Adenom vermieden wissen, nachdem er, wie oben erwähnt, betont hat, dass es sich um eine völlig typische Proliferation des Drüsengewebes handelt und die Funktion der Drüse erhalten bleibt, also die neugebildeten Drüsen völlig dem Muttergewebe gleichen; derselben Ansicht ist auch Dohi[3]). Dieser nimmt eine primäre Angioneurose als Ursache an, wodurch zunächst Hypersekretion und Hypertrophie der Talgdrüsen, dann Zunahme des Bindegewebes, chronisches Oedem und Gefässerweiterung entstehen sollen. Solger[14]) nimmt auch eine primäre Angioneurose als wahrscheinlich an und misst vor allem der vermehrten Blutzufuhr und der Blutüberfüllung durch Stagnation Bedeutung bei. Auch Wende[9]) schreibt der Blutüberfüllung eine wichtige Rolle bei der Entstehung des Leidens zu. v. Bruns[1]) lässt nur für einzelne Fälle von Rhinophyma Acne rosacea als Grundursache gelten, für die Mehrzahl der Fälle dagegen nicht; er neigt Lassars Ansicht zu, dass oft eine erbliche Prädisposition eine gewisse Rolle spielt. Auch Trendelenburg[17]) kann eine einheitliche Ursache für alle Fälle nicht anerkennen; er unterscheidet die entzündlich hyperplastische Weinnase, ferner Fälle, die auf eine kongenitale Anlage wie Fibroma molluscum an anderen

Teilen des Gesichts zurückzuführen sind, schliesslich solche, die als endemische Elephantiasis Arabum anzusehen sind. Er erwähnt, dass Larrey in China neben Elephantiasis scroti solche der Nase nicht selten beobachtet hat. Bogrow[18]) nimmt mit Pospelow an, dass es sich um eine Elephantiasis mollis mit Hyperplasie der Talgdrüsen handelt, und dass die Erkrankung mit Acne rosacea nichts gemein hat. König[26]) erklärt den Vorgang des Entstehens des Leidens mit einer Verstopfung der Spitze der Talgdrüsenausführungsgänge, worauf Entzündung und Vereiterung der Talgdrüsen, daran anschliessend Wucherung des Bindegewebes und die knollige Schwellung entstehen. Tillmanns[27]) nimmt eine entzündliche Hyperplasie an.

Unna[28]) beschreibt das Rhinophyma als Rosacea hypertrophica und will diese getrennt wissen von der Acne hypertrophica, welche im Gegensatz zur Rosacea ein typisches Granulom darstellt und im Volumen minder bedeutend ist als das Rhinophyma. Unter 20 Rhinophymafällen sind nach Unna 19 seborrhoïscher Natur. Er begründet den Unterschied auch histologisch, indem er angibt, dass bei der Seborrhoe nur sehr wenig Plasmazellen vorhanden sind, und dass sich bei dieser nicht wie bei jeder länger bestehenden Acne Chorioplaxen und Riesenzellen bilden. Auch Blöbaum[28]) führt das Leiden auf die Acne seborrhoïca zurück. So treten inbezug auf die eigentliche Natur des Leidens die verschiedensten Ansichten zu Tage trotz des einheitlichen Bildes der Krankheit in klinischer und histologischer Beziehung.

In therapeutischer Hinsicht kommt in ausgesprochenen Fällen von Rhinophyma wohl nur die operative Behandlung in

[26]) König, Lehrbuch der speziellen Chirurgie. 8. Auflage. 1. Band, Seite 305.

[27]) Tillmanns, Spezielle Chirurgie. 8. Auflage. 1. Teil, Seite 244.

[28]) Blöbaum. Die Radicalbehandlung des Rhinophyma durch Galvanokaustik. Münchener Medizin. Wochenschrift 1904 Nr. 52; 1905 Nr. 47.

Betracht. Ausser der Abtragung der Tumoren käme höchstens, aber auch nur in weniger excessiven Fällen, die Behandlung mit der Elektrolyse in Betracht; doch wird angesichts der guten Operationsmethoden, die in kurzer Zeit ein befriedigendes Resultat bringen, die lange Dauer einer derartigen Kur gegen ihre Anwendung sprechen. Ebenso wird es sich mit Skarifikationen verhalten, wodurch Strominger und Pisani[16]) in ihrem Fall in 26 Sitzungen eine Verkleinerung der Wucherung um $^2/_3$ erzielten. H. v. Hebra[29]) nennt als ersten, der eine Aufzeichnung über eine von ihm vorgenommene Rhinophymaoperation hinterlassen hat, Daniel Sennert (1624), Rusch[10]) erwähnt, dass im Anfang des 19. Jahrhunderts, wo man diese Nasentumoren allerdings in anderem Sinne als heute als carcinomatös bezeichnete, von französischen Aerzten Rhinophymafälle operiert worden sind. Er nennt Besnier, Doyon, Civadier. Von den genauer beschriebenen Operationsmethoden sind besonders häufig die der Keilexcisionen und die sogenannte Decortikation geübt worden. Erstere Methode beschreibt zuerst Dieffenbach[30]), indem er zur Verkleinerung der Nase beim Blutschwamm kleiner Kinder und bei der Hypertrophie älterer Leute folgendermassen operiert: Er durchschneidet das Septum dicht an der Nasenspitze, führt vom oberen Teil des Rückens nach abwärts an jeder Seite einen durchdringenden Schnitt, wodurch ein Keilstück ausgetrennt wird. Aus jedem Flügel wird noch ein Querkeil genommen. Die Wundränder der kreuzförmigen Wunde werden durch Insektennadeln vereinigt. Das Septum wird mit dem verwundeten Teil der Nasenspitze verbunden. In ähnlicher Weise durch keilförmige Excisionen haben viele Autoren das Rhinophyma

---

[29]) H. v. Hebra Das Rhinophyma. Vierteljahrschrift für Dermatologie und Syphilis 1881; Seite 603.

[30]) Dieffenbach. Die operative Chirurgie. Band I, 1845; Seite 373.

operiert; doch sind natürlich je nach den vorliegenden Verhältnissen immer Modifikationen der Methode vorgenommen worden. So nimmt Hebra[25]) die Operation so vor, dass er ein dreieckiges Stück Haut aus dem Nasenrücken schneidet, indem er erst einen Schnitt längs des Nasenrückens bis zur Nasenspitze führt, von da aus beiderseits die Haut lospräpariert und je ein keilförmiges Hautstück heraustrennt, worauf er die Naht folgen lässt. König[26]) erwähnt Symes schon genannten Fall, wo bis auf den Knorpel reichende Keilexcisionen die Form der Nase erheblich verbesserten. Dupré[31]) schneidet aus einer stark geschwollenen und verunstalteten Nase keilförmige Stücke „wie aus einer Melone" heraus und näht die Wundränder zusammen. Auch Ohmann-Dumesnil[12]) entfernt die hypertrophischen Teile mit dem Messer, worauf Adaption und Naht der entstehenden Lappen vorgenommen wird, und ist mit dem kosmetischen Erfolg zufrieden. Auch Tillmanns[27]) empfiehlt neben Alkoholinjektionen und galvanokaustischen Stichelungen zur Therapie des Rhinophyma in erster Linie keilförmige Excisionen mit nachfolgender Naht. Jungengel[32]) hat einen Fall, bei dem die pendelnde Geschwulst bis auf die Unterlippe herabhing, der freie Rand der Nasenflügel verbreitert war und an den Nasenflügeln beiderseits knollige Auswüchse vorhanden waren, in 2 Sitzungen operiert. In der ersten wurde durch Keilexcision eine entsprechende Nasenspitze gebildet und die Verbreiterung des freien Randes an beiden Nasenflügeln beseitigt; darauf wurden die Wundränder durch die Naht vereinigt. Nach erfolgter glatter Heilung

---

[31]) Dupré. Behandlung der Pfundnase. Journal de med. cout. et syphil. 1891. Referat: Monatshefte für prakt. Dermatologie 1891; Seite 533.

[32]) Jungengel. Oberfränkischer Aerztetag zu Bamberg am 2. VII. 1896. Referat: Münchener medizin. Wochenschrift 1896. Nr. 51.

wurde in der zweiten Sitzung der Nasenrücken durch quere Keilexcisionen verkürzt und die Prominenzen am Nasenrücken und den Nasenflügeln wurden durch flache Abtragung beseitigt. Die Wundränder wurden teils durch die Naht vereinigt, teils wurde spontane Ueberhäutung abgewartet, die innerhalb von zehn Tagen erfolgte. Der Erfolg war durchaus befriedigend. Auch v. Bruns[1]) hat sich in den meisten Fällen der keilförmigen Excision zur Operation des Rhinophyma bedient. Besonders bewährt hat sich ihm die Excision einer senkrechten Ellipse aus dem Nasenrücken und der Nasenspitze und einer queren Ellipse aus je einem Nasenflügel, wobei der untere Schnitt dicht am Rande des Nasenlochs geführt wird, indem man auf diese Weise der Nase eine beliebige Form geben und die Blutung durch die Naht stillen kann. v. Bruns hebt als besonderen Vorzug dieser Operationsmethode neben dem guten kosmetischen Erfolg die Kürze der Heilungsdauer hervor; in 4—6 Tagen pflegt die Heilung erfolgt zu sein. Er hält jedoch diese Methode nicht wahllos bei jedem Fall von Rhinophyma für angezeigt, sondern will die Anwendung derselben auf die Fälle mit gelappten Wucherungen beschränkt wissen, während er für Fälle mit einer mehr gleichmässigen Verdickung die nachher zu beschreibende Methode der Dekortikation empfiehlt. Auch in dem von Dohi[2]) beschriebenen Fall aus Kaposis Klinik, wo es sich vor allem um einen Tumor der Nasenspitze handelte, wurde die keilförmige Excision angewandt, und zwar in zwei Sitzungen. In der ersten wurden Schnitte vom oberen Ende des Nasenrückens nach beiden Seiten bis an den oberen Winkel der Nasenflügel geführt und Excision eines keilförmigen Stückes der Nasenrückenhaut mit dem vorderen Tumor erzielt, worauf die Haut seitlich an den Wundrändern etwas lospräpariert und diese durch die Naht vereinigt wurden. In der zweiten Sitzung wurde, nach in einem Zeitraum von 8 Tagen

erfolgter Heilung, ein an dem rechten Nasenflügel befindlicher, ca $1^1/_2$ cm im Quadrat grosser Tumor teilweise excidiert, wodurch die Nase eine nahezu normale Gestalt bekam. Auch Weinlechner[11]) hat bei den ersten von ihm operierten Fällen die keilförmige Excision angewandt, ist aber dann, wie noch zu erwähnen sein wird, zu anderen Operationsmethoden übergegangen. Als Nachteil der beschriebenen Operationsmethode führt Kromayer[33]) entstellende Narbenbildung an der Nahtstelle an, während er als Vorteil die kurze Heilungsdauer anerkennt. Die genannten Autoren waren mit dem kosmetischen Erfolg der von ihnen geübten Operationsmethode zufrieden, ohne das hässlich wirkende Narbenbildung erwähnt wird; auch mehrere Abbildungen, welche den Erfolg der Operation zeigen, lassen solche nicht erkennen. Andere Operateure befürchten, dass nach Ausführung der Operation durch Keilexcision Recidive aus den Resten der Wucherung entstehen können, so Sternberg[34]) und Bogrow[18]). Auch Rusch[10]) will aus Furcht vor Recidiven die Keilexcision nur bei circumskripten, knolligen Tumoren angewandt wissen, erwähnt aber zugleich einen Bericht von Kirmisson, der gegen die Neigung zum Auftreten von Recidiven nach der Keilexcision spricht. Kirmisson nämlich beschreibt einen Fall, wo nach keilförmiger Excision sich bei der Narbenbildung auch die benachbarten Wucherungen verkleinerten. Es sind überhaupt wenig Fälle von Recidiven nach der Keilexcision beschrieben worden. Sternberg[34]) beschreibt 6, zum Teil von Gersuny, zum Teil von ihm operierte Fälle, von denen zwei vorher mit nur vorübergehendem Erfolg durch Keilexcisionen behandelt worden

[33]) Kromayer. Zur operativen Behandlung des Rhinophyma. Dermatologische Zeitschrifr 1895; Seite 74.

[34]) Sternberg. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung am 22. II. 1901. Referat: Wiener klin. Wochenschrift 1901; Seite 225.

waren. Auch Dubreuilh[3]) schreibt der Abtragung der Tumoren mit nachfolgender Naht keine Dauerheilung zu, nach ihm kontrahiert sich die Narbe und in der Umgebung entstehen neue Wucherungen. Auch ein Patient Blöbaums[28]) war vorher schon mit dem Messer erfolglos operiert worden, ohne dass diese vorhergegangene Operation näher geschildert wird. Jedenfalls ist es ungewiss, ob diese Operation vorher ausgiebig vorgenommen worden war, und es ist auffällig, dass kein Autor, der die Keilexcision angewandt hat, das Nachfolgen eines Recidives beschreibt.

Die in den meisten neueren Arbeiten warm empfohlene Operationsart der Dekortikation wird meist nach Ollier benannt, der, wie Rusch[10]) berichtet, im Jahre 1876 mehrere mit dieser Operation behandelte Fälle beschreibt. Seit Ollier existiert aber in Wirklichkeit nur der Name Dekortikation; die Operation selbst wurde schon im Jahre 1864 von Stromeyer[35]) beschrieben. Nach v. Bruns[1]) wird mit scharfem Messer die ganze Nasenhaut abgeschält und eine neue Nasenform möglichst gleichmässig geformt, während ein in das betreffende Nasenloch eingeführter Finger der linken Hand beständig die Dicke der Nasenwand kontrolliert; denn die Haut soll nicht bis auf das Perichondrium abgetragen werden, sondern die tiefe Hautschicht soll zurückgelassen werden, da sich von der Epithelauskleidung der tiefsten Teile der Talgdrüsen aus die Haut regenerieren soll. Stromeyer[35]) hatte die Operation, wie man sieht, ohne wesentlichen Unterschied folgendermassen beschrieben: Man spaltet zunächst die Haut am Nasenrücken, so weit sie erkrankt ist, und schält, den linken Zeigefinger im linken Nasenloch, die erkrankte Haut mit grossen Messerzügen, von der Wange nach dem Nasenrücken zu gerichtet, ab; rechts ebenso, nur in umgekehrter Richtung schneidend. Ferner

[35]) Stromeyer, Handbuch der Chirurgie. Band 2. 1864; Seite 171.

haben die Dekortikation beschrieben und empfohlen: Billroth [36]), Weinlechner [11]), Sick [37]), Romme [4]), Lassar [15]), Bogrow [18]), H. v. Hebra [29]), Dubreuilh [3]), Pottgiesser [8]). Hebra hat als besonderen Vorzug die rasche Regeneration der Haut aus den Talgdrüsenresten erwähnt, die meist schon nach 14 Tagen erfolgt sei. Auch Rusch [10]), welcher die verschiedenen Operationsarten miteinander vergleicht, kommt zu dem Schluss, dass die Dekortikation besonders zu empfehlen sei, weil bei gutem kosmetischen Resultat Recidive nicht beobachtet wurden. Bogrow [18]) bevorzugt diese Operationsmethode aus demselben Grund. Trotzdem glauben Sternberg [34]) und Gersuny vor dem Auftreten von Recidiven nur durch eine weit radikalere Operation sich sichern zu können; sie haben in 6 Fällen die erkrankte Haut bis auf den Knorpel entfernt und daran anschliessend Transplantation von Epidermisläppchen nach Thiersch vorgenommen. Als besonderen Vorteil dieser Methode führt Sternberg neben der Vermeidung von Rezidiven auch den Umstand an, dass in 5 Fällen nach der Operation auch die Veränderungen der zum Teil miterkrankten Nachbarhaut zurückgegangen sind. Doch konnte Weinlechner [11]) dieselbe Erscheinung nach der gewöhnlichen Dekortikation beobachten. Kromayer [33]) wendet die Dekortikation an, schliesst daran aber noch Transplantation von Epidermisläppchen an. Er operirte einen Fall folgendermassen: Von der Nasenwurzel aus Abtragung einer an der Nasenwurzel nur wenige Millimeter breiten, nach vorn sich zu einem Centimeter verbreiternden Hautscheibe, die dem künftigen Nasenrücken entspricht; darauf Stutzen der Nasenflügel und Kappen der Nasenspitze und der Einzäunung der Nasenlöcher und Entfernen der Ecken und Kanten mit dem Skalpell.

[36]) Billroth. Chirurgische Klinik. Zürich 1860—67; Seite 105.

[37]) Sick. Sitzung der Hamburger ärztlichen Vereinigung am 3. XI. 1903. Referat: Münchn. mediz. Wochenschrift 1903, No. 48; Seite 2026.

Nach exakter Blutstillung durch Torquieren der Gefässe und Kompression, was eine Stunde in Anspruch nimmt, Transplantation von Epidermisläppchen aus dem Oberschenkel. Der kosmetische Erfolg ist befriedigend, doch fällt der Mangel an Talgdrüsenmündungen und das Fehlen der Oberhautfelderung auf. v. Hebra (29), v. Bruns (1), Rille (19), Rusch (10) halten die nachfolgende Epidermistransplantation nach der Vornahme der Dekortikation für überflüssig, da sich ja die Ueberhäutung, ausgehend von den Talgdrüsenresten rasch vollzieht. Dubreuilh (3) wendet sie nur an, wenn sich ein Teil der Wunde nicht rasch überhäutet. Ausser dem Umstand, dass sie überflüssig erscheint, spricht gegen die Transplantation im Anschluss an die Dekortikation das Auftreten kleiner Abscesse unter den transplantierten Epidermisläppchen, Retentionscysten, die aus den Talgdrüsenresten entstehen, wie es Kromayer (33) beobachtet hat. Der letztere Umstand fällt natürlich nach der radikalen Hautexstirpation nach Sternberg fort. Jedenfalls wirkt immer an der durch Transplantation neu gebildeten Haut störend das auffallende Aussehen, wie von Bruns (1) und Weinlechner[38]) (38) hervorheben; die Haut entbehrt der Poren und macht dadurch einen glatten fremdartigen Eindruck. Vorausgesetzt, dass alle überpflanzten Epidermisläppchen anheilen und nicht einige nekrotisch werden, was auch Narbenbildung zur Folge hätte, so wird bei der radikalen Operation Sternbergs eine Folge vermieden, die Billroth[34]), der drei durch Dekortikation operierte Fälle beschreibt, als störend hervorhebt, Narbenzusammenziehung, wodurch die Nasenflügel gehoben und die Nasenlöcher erweitert wurden. Auch Kromayer[33]) hat störende Narbenbildung nach der Dekortikation beobachtet.

---

[38]) Weinlechner. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung vom 22. II. 1901. Referat: Wien. klin. Wochenschrift 1901; Seite 226.

Weinlechner[11]) berichtet in einem Fall von blatternähnlichen Narben. Andere Operateure haben einen störenden Einfluss auf den kosmetischen Erfolg durch Narbenkontraktion nach der Dekortikation nicht beschrieben. Ein Nachteil der Dekortikation ist die langsame Heilung; es vergehen mindestens vierzehn Tage, meist vier Wochen bis zur Vollendung der Ueberhäutung. Eine weitere Operationsmethode hat Weinlechner[11]) angewandt, die subkutane Exstirpation. Er führte einen umgekehrt Y förmigen Schnitt, präparierte von da aus die Haut los, exstirpierte das darunterliegende gewucherte Gewebe und vernähte die Hauträndер. Jedoch trat öfters Nekrose der Hautlappen und infolgedessen entstellende Narbenbildung ein, weshalb Weinlechner später auch nach der Methode der Dekortikation operierte. Blöbaum[28]) wendet in ausgesprochenen Fällen von Rhinophyma auch die Dekortikation an, doch verwendet er dazu statt des Messers die Glühschlinge und das galvanokaustische Messer, einmal weil dadurch die profuse Blutung vermieden wird, dann, weil er glaubt, auf diese Weise radikaler alle erkrankten Hautpartieen operieren zu können, da er auch die weniger verdickten Hautstellen, wie sie sich in den meisten Fällen finden, durch Stichelung behandeln kann. Etwaige Unebenheiten beseitigt Blöbaum mit dem Flachbrenner. Die beigegebenen Abbildungen zeigen in beiden beschriebenen Fällen ein gutes Resultat; als ein Nachteil dieser Methode ist sicher der Umstand zu betrachten, dass sich immer eine ganze Reihe von Sitzungen nötig machen, bis das gewünschte Ziel erreicht ist, so in dem zweiten beschriebenen Fall elf. Von sonstigen Operationsmethoden sei noch erwähnt die Lewins[39]), welcher erwähnt, dass er mehrere Rhinophymafälle mit gutem Erfolg durch Auskratzen der Drüsen und Ent-

---

[39]) Lewin. Sitzung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft am 9. VI. 1896. Referat: Dermatolog. Zeitschrift 1896; Seite 658.

fernung des Bindegewebes behandelt hat, ohne dass in dem Referat die Art der Ausführung der Operation näher beschrieben wird. Ferner berichtet H. v. Hebra [29]), dass er einmal eine Rhinophymawucherung durch elastische Ligatur entfernt hat. Das Verfahren erforderte 14 Tage Zeit, und der Patient wurde währenddem durch den üblen Geruch der Nekrose sehr belästigt.

Nachdem ich so an der Hand der Literatur das wesentliche über das Rhinophyma im allgemeinen und seine operative Behandlung im besonderen erwähnt zu haben glaube, lasse ich die beiden Krankengeschichten der von Herrn Medizinalra Professor Dr. Braun operierten Fälle folgen.

1. Fall: 56jähriger Schneider, bei dem seit vielen Jahren eine allmähliche Rötung und zunehmende Vergrösserung der Nase bis zu ihrem jetzigen Umfang stattgefunden hatte. Der Mann war Alkoholiker. Bei der Aufnahme am 16. V. 1894 fand sich bei dem im übrigen vollständig gesunden und kräftigen Mann das typische Bild einer Acne rosacea mit schmetterlingsförmiger Rötung und knotiger Verdickung der Haut der Wangen. Die Nase bildete eine unregelmässige, höckerige, mehrlappige Geschwulst von dunkelblauroter Farbe und unebener Oberfläche. Auf Druck entleerten sich aus den erweiterten Talgdrüsen dicke Talgpfröpfe (vergl. Abbildung 1 a). Am 17. V. wurde in Narkose ein Schnitt geführt, der vom Ansatz des einen Nasenflügels quer über die Nasenspitze nach dem Ansatz des anderen Nasenflügels führte; ausserdem wurde diesem Querschnitt noch ein kleiner Längsschnitt in der Mitte des Nasenrückens hinzugefügt. Der von dem ersten querverlaufenden Schnitt umschriebene, seine Basis am Frenulum habende Hautlappen wurde nach unten abpräpariert, ebenso die beiden kleinen von dem Längsschnitt begrenzten dreieckigen Läppchen nach der Seite abgelöst; hierauf wurde das ganze

erkrankte Gewebe bis auf die Nasenknorpel durch flache Messerzüge abgeschält und die erhalten gebliebenen Hautläppchen durch Nähte miteinander vereinigt. Die Heilung erfolgte zunächst ohne Störung. Die Nase hatte ein gutes Profil bekommen, doch war sie immer noch ziemlich breit und geschwollen. Daher wurde am 23. V. nochmals in Narkose die Nase mit dem spitzen Thermokauter behandelt, indem der Brenner in Abständen von ca. $^1/_2$ cm überall bis auf die Nasenknorpel eingestochen wurde. Die weitere Heilung wurde am 11. VI. durch ein Erysipel unterbrochen, was aber nach einigen Tagen ohne Schaden zur Abheilung kam. Die Nase schrumpfte nun zusammen; ihre Oberfläche blieb zwar etwas unregelmässig, aber sie hatte doch eine vollständig normale Form und Farbe bekommen (vergl. Abildung 1b).

2. Fall. 54jähriger Fabrikbesitzer. Kein Potatorium. Seit vielen Jahren entwickelte sich eine allmählich zunehmende Verunstaltung und Vergrösserung der Nase. Der Befund bei der Aufnahme am 27. VII. 1905 ergibt sich aus Abbildung 2a, welche einer Erläuterung wohl nicht bedarf; auch hier erstreckte sich die knollige Rötung der Haut schmetterlingsförmig über beide Wangen. Am 28. VII. Operation unter Lokalanästhesie. Es wurde die Anästhesierung der Nase vorgenommen nach der Methode Brauns[49]); es wurden 3 Einstichpunkte markiert, 2 an den Ansätzen der Nasenflügel an die Oberlippe, der dritte auf dem Nasenrücken am Uebergang der knorpeligen in die knöcherne Nase; von diesen Einstichpunkten aus wurden 25 ccm einer 0.2prozentigen Cocainlösung mit Zusatz von drei Tropfen einer Suprareninlösung 1,0:1000,0, unter die Ansatzstelle der Nasenflügel und des Frenulums an das Gesicht injiziert. Es trat vollständige Anästhesie der Nase

[49]) Braun, Handbuch der Lokalanästhesie; Seite 253.

ein, und der Suprareningehalt der Injektionsflüssigkeit bewirkte, dass die Operation fast ohne Blutung ausgeführt werden konnte. Diese wurde in ganz ähnlicher Weise wie bei dem ersten Fall ausgeführt, d. h. es wurden oberflächliche Hautlappen erhalten, abgelöst und nunmehr das geschwulstartig vergrösserte subkutane Gewebe bis auf den Knorpel entfernt. Die erhaltenen Hautläppchen wurden durch feine Drahtnähte miteinander vereinigt. Der Kranke blieb bis 1. VIII. in klinischer Behandlung und kam am 4. VIII. zur Entfernung der Nähte wieder. Es war Heilung eingetreten. Am 17. VIII. wurde die Nase von neuem unempfindlich gemacht; nur dass diesmal statt der Cocainlösung 30 ccm ½prozentige Novocainlösung mit Zusatz von 3 Tropfen Suprareninlösung 1,0:1000,0 in gleicher Weise injiziert wurde. Wiederum wurden mit dem spitzen Thermokauter die ganzen erkrankten Nasen- und Wangenteile behandelt wie im ersten Fall. Der Eingriff wurde ambulant vorgenommen und war vollkommen unempfindlich. Nach 14 Tagen war die Heilung beendet; dann schrumpfte die Nase weiter zusammen, und die gerötete Haut der Nase und der Wange nahm eine annähernd normale Farbe an (vergl. Abbildung 2b).

In klinischer Hinsicht bieten die beiden Fälle keine Besonderheiten. Hervorzuheben wäre, dass in beiden Fällen typische Acne rosacea auch der Umgebung der Nase vorhanden war. Was den operativen Eingriff anbetrifft, so nähert sich die angewandte Methode sehr der Art und Weise, wie Weinlechner (11) die subkutane Exstirpation ausführte, eine Operation, die derselbe, wie schon erwähnt, wieder verlassen hat, da in mehreren Fällen die gebildeten Hautläppchen abstarben, und so entstellende Narbenbildung erfolgte. In den beiden beschriebenen Fällen ist eine derartige Komplikation nicht aufgetreten. Zur Vermeidung derselben mag die etwas veränderte

Schnittführung beigetragen haben, indem durch den ersten die Nase in ihrer ganzen Breite berührenden Schnitt und durch den zweiten kleinen Schnitt am Nasenrücken doch Hautläppchen gebildet werden, welche vermöge ihrer breiten Basis gute Aussicht für weiteres Wachstum geben. Bei der umgekehrt Y-förmigen Schnittführung Weinlechners fällt dagegen wohl der Hautlappen, dessen Basis die Haut der Nasenspitze bildet, etwas schmal aus; ausserdem reicht die Spitze dieses Lappens weiter zum Nasenrücken hinauf als bei der mehr gradlinigen über die Nasenspitze weggehenden Schnittführung in den beiden beschriebenen Fällen, so dass ein viel längeres Hautstück nach der Nasenspitze zu lospräpariert werden muss, zumal da ja meist gerade an der Nasenspitze die hypertrophischen Massen zu finden sind. Auf diese Weise bekommt der eine der gebildeten Hautlappen eine schmälere Basis und wird länger, so dass eine Nekrose leichter eintreten kann. Durch die in der zweiten Sitzung angewandte Stichelung wird auch die bei der Operation nichtberührte Nasenhaut und die Haut der Umgebung, so weit sie hypertrophisch ist, zur Schrumpfung gebracht; es wird also nicht dem Zufall überlassen, ob vielleicht an und für sich in Folge der Operation die krankhaften Veränderungen der Haut der Umgebung zurückgehen.

Besonders hervorzuheben ist die wesentliche Erleichterung des Eingriffs unter Lokalanästhesie mit Cocain-Suprareninlösung. Schon der Sitz des Operationsfeldes erschwert die Anwendung der allgemeinen Narkose. Ausserdem mussten verschiedene Autoren des Potatoriums wegen von der Narkose absehen. Dass die Cocain-Anästhesie also in diesen Fällen, abgesehen von ihren übrigen Vorzügen, schon deshalb das ideale Verfahren darstellt, ist leicht verständlich, zumal da auf die von Braun (40) angegebene Weise eine völlige Unempfindlichkeit des in Betracht kommenden Gebietes mit Sicherheit zu erzielen

ist. Es haben auch schon verschiedene Autoren sich mit Erfolg der Lokalanästhesie bedient, Péraire et Pillict (7), Weinlechner (11), Bogrow (18), Rusch (10).

Einen weiteren nicht zu unterschätzenden Vorteil gewährt die Beifügung von Suprareninlösung zu der Injektionsflüssigkeit. Von allen Autoren wird übereinstimmend die meist sehr starke Blutung aus dem gefässreichen Gewebe als recht störend empfunden.

Es wird durch dieselbe die Uebersicht über das Operationsfeld erschwert, was besonders bei der Dekortikation ins Gewicht fällt, wo eine gleichmässige Form ohne Ecken und Kanten gebildet werden muss. Die Blutstillung durch Unterbinden und Torquieren der Gefässe ist sehr zeitraubend und schwierig, was besonders Operateure erwähnen, die der Operation Epidermistransplantation folgen lassen, was eine exakte Blutstillung voraussetzt. Kromayer [33]) brauchte z. B. zur Blutstillung eine volle Stunde. Viele Autoren verwenden statt des Messers zur Vermeidung der starken Blutung den Thermokauter oder galvanokaustische Instrumente, so nach Ruschs [10]) Bericht Ollier, ferner Baudon [6]). Dubreuilh [3]), Blöbaum [28]). Jedenfalls wird sich aber mit dem Messer die Operation weit eleganter, sicherer und schneller ausführen lassen, sobald die profuse Blutung wegfällt. Andere Autoren verwenden zur Operation das Messer, nachher zur Blutstillung den Thermokauter: v. Bruns [1]), Trendelenburg [17]), Dupré [31]), Romme [4]), Pottgiesser [8]), Rille bei dem von Rusch [10]) beschriebenen ersten Fall. Die durch den Thermokauter verursachte Bildung eines Brandschorfes trägt natürlich zu einer schnellen Heilung nicht bei. Stromayer [35]), Kaposi [21]), Pantaloni [5]), beherrschen die Blutung durch Compression; Bogrow [18]) und Sick [37]) verwenden äusserlich Adrenalinlösung. Fügt man der Cocaïnlösung Suprarenin bei, lässt sich neben der Erlangung

einer ausreichenden Anästhesie jede wesentliche Blutung vermeiden, wie es in dem zweiten beschriebenen Fall geschah. So erweist sich die Anwendung dieser Art von Lokalanästhesie gerade bei den Rhinophymaoperationen geradezu als unentbehrlich, indem sie einerseits die erschwerte Narkose völlig ersetzt, andererseits ein Operieren fast ohne Blutung gestattet. Sie macht ein Stillen der Blutung unnötig, verkürzt somit die Dauer der Operation, auch macht sie ein glattes, sicheres Fortoperieren ohne Aufenthalt möglich, und ohne dass die Uebersicht über das Operationsfeld durch die Blutung gestört wird. Es sind so Vorteile gegeben, die die Operation sehr vereinfachen, ja die geradezu eine ambulante operative Behandlung des Rhinophyma ermöglichen. Was die verschiedenen Operationsmethoden anlangt, so werden dieselben auch weiterhin in verschiedener Weise zur Anwendung kommen, je nach der Gestaltung des Falles. Bei einzelnen Tumoren empfiehlt sich die Keilexcision, welche den grossen Vorzug rascher Heilung hat; bei mehr allgemeinen Verdickungen wird die Dekortikation in Betracht kommen, wobei nachfolgende Transplantation von Epidermisläppchen unnötig erscheint. Die von Sternberg[31]) beschriebene radikale Exstirpation wird kaum der Dekortikation vorzuziehen sein, da bei letzterer nur ein Trauma nötig ist und auch danach Recidive nicht beobachtet wurden; konnte doch Lassar[15]) einen sieben Jahre zuvor operierten Fall völlig recidivfrei vorstellen. Doch verdient auch die in den beiden beschriebenen Fällen angewandte Operationsmethode Beachtung, indem dabei gegenüber dem im Prinzip ganz ähnlichen Verfahren Weinlechners[11]) das von diesem gefürchtete Auftreten von Nekrosen der Hautläppchen vermieden wird. Der kosmetische Erfolg ist, wie die Abbildungen zeigen, gut. Ueber etwaige Gefahr von Recidiven nach dieser Operationsmethode ässt sich noch nichts sagen, da der erste Patient 2 Jahre

nach der Operation starb, der zweite erst seit einem Jahr operiert ist.

Zum Schluss gestatte ich mir, Herrn Medizinalrat Professor Dr. Braun für die gütige Erlaubnis, die beiden Fälle zu veröffentlichen, für die Ueberlassung der Krankengeschichten, der von ihm selbst angefertigten Zeichnung und der Photogramme meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. v. Bruns. Beiträge zur klinischen Chirurgie. Band 39 Heft 1; Seite 1.
2. Dohi. Ein Beitrag zur Kenntnis des Rhinophyma. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1896. Band 37; Seite 361.
3. Dubreuilh. L'acné hypertrophique du nez et son traitement chirurgical. Annal. de Dermatologie et de Syphilis. 1904. Heft 4. Referat: Zentralblatt für Chirurgie 1904; Seite 511.
4. Romme. Traitement chirurgical de l'acné hypertrophique du nez. La presse medicale 1901. Nr. 8. Referat: Hildebrands Jahresberichte über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie 1901; Seite 394.
5. Pantaloni. Trois cas de restauration du nez dans l'acné hypertrophique. Archiv. provinc. 1901. Nr. 4. Referat; wie vorher.
6. Baudon. Deux cas de restauration du nez pour l'acné hypertrophique. Archiv. provinc. 1901. Nr. 12. Referat: wie vorher.
7. Péraire et Pilliet. L'acné hypertrophique du nez formant une enorme tumeur. Bull. de la soc. anatom. de Paris 1898. Nr. 9. Referat: Hildebrands Jahresberichte 1898; Seite 340.
8. Pottgiesser. Acht Fälle von Rhinophyma. Inaugural-Dissertation Würzburg 1899.
9. Wende. A case of rhinophyme. Buffalo Medical Journal. August 1895. Referat: Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1896, Seite 293.
10. Rusch. Zur operativen Behandlung des Rhinophyma. Wiener klinische Wochenschrift 1902. Nr. 13.
11. Weinlechner. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung vom 15. II. 1901. Referat: Wiener klinische Wochenschrift 1901; Seite 195.
12. Ohmann. Dumesnil. Referat: Monatsschrift für praktische Dermatologie 1892. Band 14; Seite 118.
13. Krieger. Beiträge zur Kenntnis des Rhinophyma. Dermatologische Zeitschrift 1898. Nr. 5.
14. Solger. Ueber Rhinophyma. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1901. Band 57. Heft 2.
15. Lassar. Kleine Mitteilungen. 1. Ueber Rhinophyma. Dermatologische Zeitschrift 1896; Seite 485.
16. Strominger und Pisani. Einem Referat entnommen, dessen Fundort dem Verfasser nicht mehr bekannt ist.

17. Trendelenburg. Deutsche Chirurgie. Lieferung 33; Seite 77.
18. Bogrow. Das Rhinophyma und seine Behandlung. Berliner klinische Wochenschrift 1904. Nr. 32.
19. Rille. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1. Abteilung; Seite 108.
20. Lesser. Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 11. Auflage; Seite 179.
21. Kaposi. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1893. 4. Auflage; Seite 538.
22. Simon. Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert. Band 3. 2. Auflage. Seite 603.
23. Unna. Histopathologie der Hautkrankheiten 1894; Seite 237.
24. v. Bergmann. Handbuch der praktischen Chirurgie; Seite 529.
25. Virchow. Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie 1860; Seite 540.
26. König. Lehrbuch der speziellen Chirurgie. 8. Auflage. 1. Band; Seite 305.
27. Tillmanns. Spezielle Chirurgie. 8. Auflage. 1. Teil; Seite 244.
28. Blöbaum. Die Radicalbehandlung des Rhinophyma durch Galvanokaustik. Münchener Medizin. Wochenschrift 1904, Nr. 52; 1905 Nr. 47.
29. H. v. Hebra. Das Rhinophyma. Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1881; Seite 603.
30. Dieffenbach. Die operative Chirurgie. Band 1. 1845; Seite 373.
31. Dupré. Behandlung der Pfundnase. Journal de med. cout. et syphil. 1891. Referat: Monatshefte für praktische Dermatologie 1891, Seite 533.
32. Jungengel. Oberfränkischer Aerztetag zu Bamberg am 2. VII. 1896. Referat: Münchner medizin. Wochenschrift 1896, Nr. 51.
33. Kromayer. Zur operativen Behandlung des Rhinophyma. Dermatologische Zeitschrift 1895; Seite 74.
34. Sternberg. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung am 22. II. 1901. Referat: Wiener klin. Wochenschrift 1901; Seite 225.
35. Stromeyer. Handbuch der Chirurgie. Band 2 1864; Seite 171.
36. Billroth. Chirurgische Klinik. Zürich 1860—67; Seite 105.
37. Sick. Sitzung der Hamburger ärztlichen Vereinigung am 3. XI. 1903. Referat: Münchn. mediz. Wochenschrift. 1903. Nr. 48; Seite 2026.
38. Weinlechner. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Sitzung am 22. II. 1901. Referat: Wien. klin. Wochenschr. 1901; S. 226.
39. Lewin. Sitzung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft am 9. VI. 1896. Referat: Dermatolog. Zeitschrift 1896, Seite 658.
40. Braun. Handbuch der Lokalanästhesie; Seite 253.

Lebenslauf.

Ich, Eduard Rudolf Harry Liebmann, wurde geboren am 19. September 1877 zu Alsbach, Fürstentum Schwarzburg-Rudolstadt, als Sohn des jetzt in Neustadt, Herzogtum Coburg, ansässigen praktischen Arztes und herzoglichen Amtsphysikus Medizinalrat Dr. med. Adolf Liebmann. Den ersten Schulunterricht empfing ich in der Volksschule in Neustadt, Herzogtum Coburg; von Ostern 1889 ab besuchte ich das Gymnasium Casimirianum in Coburg, welches ich Ostern 1897 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Von Ostern 1897 bis Ostern 1899 studierte ich in Würzburg, dann bis zum Ende des Sommersemesters 1900 in Rostock, im Wintersemester 1900/01 in München, um dann wieder bis zur Beendigung meiner Studien nach Rostock zurückzukehren. Daselbst beendete ich am 6. Mai 1899 die ärztliche Vorprüfung, am 31. Juli 1902 die Staatsprüfung. Meiner Dienstpflicht genügte ich beim Königl. 9. bayr. Infanterie-Regiment „Wrede“ in Würzburg, und zwar der ersten Hälfte im Sommerhalbjahr 1897, der zweiten im Winterhalbjahr 1902/03. Am 18. August erhielt ich das Patent als Assistenzarzt der Reserve. Vom Mai 1903 bis März 1904 war ich als Assistent bei Herrn Dr. med. Petsch in Runkel a. d. Lahn tätig, worauf ich mich als praktischer Arzt in Bärenwalde (Sachsen) niederliess.

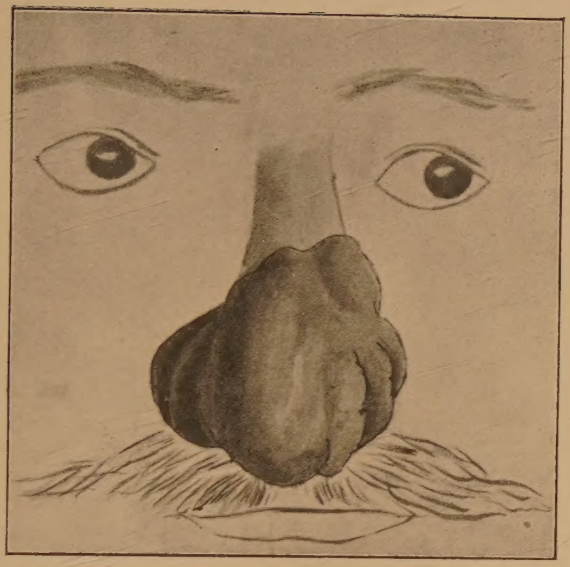

Abbildung 1a.

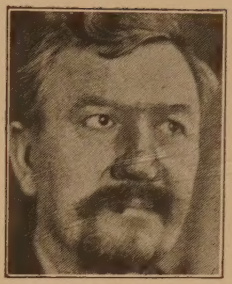

Abbildung 1b.

Abbildung 2a.

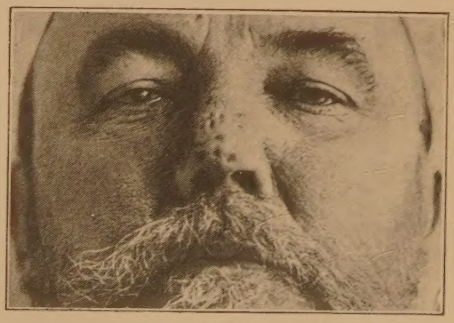

Abbildung 2b.